

문서번호: 34-64
발 행: 2019.11.21
수 신: 병(의)원장
참 조: 진단검사의학과, 원무관련부서, 외부수탁담당자
제 목: **일부 검사항목의 검사정보 변경 안내**

1. 귀 원의 무궁한 발전을 기원하며 아울러 저희 삼광의료재단을 이용해 주셔서 깊이 감사 드립니다.
 2. 아래와 같이 검사정보가 변경되어 알려드리오니 병원업무 및 환자진료에 참고하시기 바랍니다.
- AMH 검사 포함 3 항목 보험정보 변경 안내
 - Teicoplanin 검사 검사일정 변경 안내

검사정보 변경

검사명	검사정보		비고
	변경 전	변경 후	
AMH (SML code: 00675)	<u>보험정보:</u> 노 214 CZ214 / 68,100 원	<u>보험정보:</u> 누 373 D3730003 (531.93) / 44,360 원	◦ 보험정보 변경 (보건복지부 고시 제2019-244 호 의거) ◦ 적용일자: 2019년 12월 1일 접수분부터
Free α -Subunit (SML code: 00170)	<u>보험정보:</u> 노 203 CZ203 / 60,900 원	<u>보험정보:</u> 누 345 주 D3450007 (394.30) / 32,880 원	
IgE-MAST 93 종 (SML code: 62581)	<u>보험정보:</u> 누 746 D746000C (1221.76) / 101,890 원	<u>보험정보:</u> 누 745 나 D746000C (1221.76) / 101,890 원	◦ 보험정보 변경 (보건복지부 고시 제2019-247 호 의거) ◦ 적용일자: 2019년 12월 1일 접수분부터
Teicoplanin (SML code: 65331)	<u>검사일/소요일:</u> 화 / 12-15 일	<u>검사일/소요일:</u> 금 / 12-15 일	

끝